

特例減額

**介護保険負担限度額認定申請書
(市町村民税課税世帯の特例減額措置)**

フリガナ		保険者番号		1	3	2	0	1	9
被保険者氏名 (申請者)		被保険者 番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 電話番号								
入 所 する 介護保険施設の 名称及び所在地	〒 電話番号								
入所する居室 の 種 別	1 ユニット型個室	3 従来型個室							
	2 ユニット型準個室	4 多 床 室							
入所年月日	年 月 日								
負 担 限 度 額 申 請 事 由	介護保険施設に入所して食費・居住費の負担した結果、在宅に残る世帯の生計が困難になるため								
<p>八王子市長 殿</p> <p>上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。</p> <p>なお、以下のとおり同意します。(同意しない場合は二重線で消してください)</p> <p>私が負担すべき限度額について、入所する施設に対して市が必要に応じて情報提供すること</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者(被保険者)氏名 印</p>									

八王子市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	世帯構成員 人	世帯課税状況	課税・非課税
適用年月日	収入基準		
年 月 日	(A)年間収入額		円
から	(B)施設利用者負担額(年額)		円
有効期限	(C) = (A) - (B)		円
年 月 日	預貯金基準	資産基準	
まで	軽減必要額	80万円 - (C) =	円
	軽減対象費用	食費 ・ 居住費	

申請書には「収入及び預貯金等に関する申告書(市町村民税課税世帯の特例減額措置)」及び同申告書記載の必要書類を添付してください。

収入及び預貯金等に関する申告書（市町村民税課税世帯の特例減額措置）

介護保険法施行規則第83条の6（第172条の2において準用する場合を含む）の規定にもとづき、次のとおり添付書類を添えて申告します。

1. 申請者と同一の世帯に属する方 申請時点で同じ世帯に属する方について記入してください。ただし、介護保険施設に入所するにあたって世帯を別にする場合は、分ける前の世帯の構成員を記入してください。			
氏名	生年月日	住所	
2. 世帯の預貯金等 （上記世帯について、預貯金のほか、現金、有価証券、債券等も含む）			
種類		金額	
合計			
3. 資産の有無 上記世帯が居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産がある ・ ない 該当する方に をつけてください。			

八王子市長様

上記のとおり相違ありません。

なお、この申請に係る所得等の調査を行うことに同意します。（同意しない場合は線で消してください）

平成 年 月 日

（申請者）住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

この申請に係る所得等の調査を行うことに同意します。（同意しない場合は記入不要ですが、下記注意事項（1）の書類の添付が必要になります）

（世帯員）住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

< 注意事項 >

(1) 次の書類を添付してください

世帯の預貯金等の金額が分かる書類（預金通帳等）

入所する施設の利用者負担額（介護費の1割負担、食費及び居住費）の金額が分かる書類（施設との契約書の写し等）

世帯構成員それぞれについて、所得及び年金収入額を証する書類（所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知、確定申告書等）ただし、八王子市で住民税が課税されており、かつこの申請に関する所得等の調査を行うことに同意している方については必要ありません。

(2) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。

特例減額

**介護保険負担限度額認定申請書
(市町村民税課税世帯の特例減額措置)**

記入例

フリガナ		保険者番号		1	3	2	0	1	9
被保険者氏名 (申請者)	入所する方の氏名		被保険者番						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 入所する方の住所・電話番号		電話番号						
入 所 する 介護保険施設の 名称及び所在地	〒 入所する施設の名称		入所する施設の住所・電話番号						
			電話番号						
入所する居室 の 種 別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室		3 従来型個室 4 多床室						
入所年月日	年 月 日								
負 担 限 度 額 申 請 事 由	介護保険施設に入所して食費・居住費の負担した結果、在宅に残る世帯の生計が困難になるため								
<p>八王子市長 殿</p> <p>上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。</p> <p>なお、以下のとおり同意します。(同意しない場合は二重線で消してください)</p> <p>私が負担すべき限度額について、入所する施設に対して市が必要に応じて情報提供すること</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者(被保険者)氏名 入所する方の氏名(印)</p>									

入所する居室の種別について、あてはまる番号にをつけてください。(居室の種別がわからないときは、施設におたずねください)

八王子市記入欄

交 付 年 月 日	備 考		
年 月 日	世帯構成員 人	世帯課税状況	課税・非課税
適 用 年 月 日	収入基準		
年 月 日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ここには記入しないでください </div>		
有 効 期 限	円 円 円		
年 月 日	預貯金基準	資産基準	
ま だ	軽減必要額	80万円 - (C) =	円
	軽減対象費用	食費 ・ 居住費	

申請書には「収入及び預貯金等に関する申告書(市町村民税課税世帯の特例減額措置)」及び同申告書記載の必要書類を添付してください。

収入及び預貯金等に関する申告書（市町村民税課税世帯の特記記入例）

介護保険法施行規則第83条の6（第172条の2において準用する場合を含む）の規定にもとつき、次のとおり添付書類を添えて申告します。

1. 申請者と同じ世帯に属する方 申請時点で同じ世帯に属する方について記入してください。ただし、介護保険施設に入所するにあたって世帯を別にする場合は、分ける前の世帯の構成員を記入してください。		
氏名	生年月日	住所
申請者と同じ世帯の方について、氏名、生年月日、住所を記入してください。 （申請時点で同じ世帯に属する方について記入してください。ただし、介護保険施設に入所するにあたって世帯を別にする場合は、分ける前の世帯の構成員を記入してください）		
2. 世帯の預貯金等 （上記世帯について、預貯金のほか、現金、有価証券、債券等も含む）		
種類	金額	
世帯の預貯金等について、その種類および金額について記入してください		
合計		
3. 世帯の資産の有無 上記世帯が居住する 実際に住んでいる土地・家屋以外の資産 以外に利用し得る資産があるかどうかについて記入してください。		

八王子市長様

上記のとおり相違ありません。

なお、この申請に係る所得等の調査を行うことに同意します。（同意しない場合は線で消してください）

平成 年 月 日

（申請者）住所 入所する方の住所 氏名 入所する方の氏名 印

この申請に係る所得等の調査を行うことに同意します。（同意しない場合は記入不要ですが、下記注意事項（1）の書類の添付が必要になります）

（世帯員）住所 上記1.の世帯構成員の住所 氏名 世帯構成員の氏名 印

住所 上記1.の世帯構成員の住所 氏名 世帯構成員の氏名 印

住所 _____ 氏名 _____ 印

住所 _____ 氏名 _____ 印

添付書類を必ず付けてください

< 注意事項 >

(1) 次の書類を添付してください

世帯の預貯金等の金額が分かる書類（預金通帳等）

入所する施設の利用者負担額（介護費の1割負担、食費及び居住費）の金額が分かる書類（施設との契約書の写し等）

世帯構成員それぞれについて、所得及び年金収入額を証する書類（所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知、確定申告書等）ただし、八王子市で住民税が課税されており、かつこの申請に関する所得等の調査を行うことに同意している方については必要ありません。

(2) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。